

***Verso la costruzione di un legame affettivo.
Il trattamento integrato della Theraplay
e della psicoterapia Diadica evolutiva
in caso di affido e adozione***



Tiziana Frau*, Milena Milani**, Amanda Jones***, Dafna Lender****

*Ricevuto il 30 aprile 2022
Accettato il 30 maggio 2022*

Sommario

I minori che entrano nel percorso di affido e adozione si trovano a dover affrontare la rottura del primo legame affettivo con la loro famiglia d'origine e l'inizio di un nuovo legame con quello dei genitori adottivi. In molti casi i minori prima di essere adottati, hanno inoltre transitato in diverse case famiglie, e/o sono passati da una o più esperienze di affido. In generale a una iniziale fase di "buon adattamento" del bambino seguono momenti di forte crisi (Brodzinsky *et al.*, 1990). Alla luce di questo, i percorsi e i programmi rivolti alla tutela del minore e delle famiglie devono assumere dei metodi per la valutazione delle competenze genitoriali e la scelta di programmi di supporto e trattamento che siano rivolti *alla relazione* (Steele *et al.*, 2003), *alla costruzione dei legami affettivi* (Hill & Schore, 2015), e *informati sugli esiti del trauma* (Porges, 2004), per evitare il ripetersi di esperienze dalla valenza abbandonica e traumatica per il minore stesso. L'obiettivo del presente articolo è quello di introdurre

* PhD, psicologa, psicoterapeuta, IUSTO, Università salesiana degli studi di Torino, Theraplay Italia; Via Talucchi 27 – 10143 Torino; e-mail: tizianafrau@gmail.com.

** Psicologa, psicoterapeuta, Theraplay Italia – 20022 Castano Primo (MI); e-mail: milena.milena78@gmail.com.

*** LCSW, RPT, JD, Training Director at The Theraplay Institute, Chicago; 1224 W. Belmont Ave, Fl 1, Chicago (IL) – 60657 USA; e-mail: mandy@theraplay.org.

**** LCSW, Dafna Lender LLC, Chicago; 1567 Dewey Ave, Evanston (IL) – 60201-4079 USA; e-mail: dafna@dafnalender.com.

Autore corrispondente: Tiziana Frau.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14081*

re la Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) e la Terapia diadica dello sviluppo, DDP (Huges, 2007; Huges *et al.*, 2019) come piani di trattamento integrabili fra di loro, nelle diverse fasi del processo adottivo, che promuovono la connessione e il suo recupero a fronte di rotture nella relazione genitore bambino, attraverso sedute alternate di gioco strutturate, di dialogo, in un clima comunicativo di tipo affettivo e riflessivo basato sulla giocosità, amorevolezza, accettazione ed empatia e curiosità fra le parti (Lender, *et al.*, 2005).

Parole chiave: Theraplay; terapia diadica evolutiva; adozione; trauma; connessione.

Abstract

Building an emotional bond. The integrated treatment of Theraplay and Developmental Dyadic Psychotherapy in foster care and adoption

Minors who enter the foster care and adoption process are faced with the breaking of their first emotional bond with their family of origin and the beginning of a new bond with their adoptive parents. In many cases, before being adopted, minors may have also passed through different family homes and/or have been through one or more foster care experiences. In general, an initial phase of “good adaptation” of the child is followed by moments of strong crisis (Brodzinsky *et al.*, 1990). In light of this, pathways and programs aimed at the protection of children and families must assume methods for the assessment of parenting skills and the choice of support and treatment programs that are focused on the relationship (Steele *et al.*, 2003), on the construction of emotional bonds (Hill & Schore, 2015), and informed about the outcomes of trauma (Porges, 2004), to avoid the recurrence of experiences with an abandonment and traumatic value for the child itself. The goal of this article is to introduce Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) and Dyadic Developmental Therapy, DDP (Huges, 2007; Huges *et al.*, 2019) as mutually integrable treatment plans at different stages of the adoptive process that promote connection and its recovery in the face of ruptures in the parent-child relationship through alternating sessions of structured play, dialogue, in an affective and reflective communicative climate based on playfulness, loving-kindness, acceptance and empathy, and curiosity between the parties (Lender, *et al.*, 2005).

Keywords: Theraplay; developmental dyadic therapy; adoption; trauma; connection.

Introduzione

Nella costruzione dei nuovi legami affettivi, con i genitori non biologici, la partecipazione del bambino alla relazione, porterà con sé, le esperienze che hanno modellato il suo sistema nervoso, la valutazione di dove e quando il pericolo può presentarsi e la sua reattività in risposta a questo (Porges, 2004). Questi bambini hanno una forte carenza di esperienze intersoggettive piacevoli, esperienze che nutrono in noi il desiderio e la ricerca del legame e della prossimità fisica ed emotiva, e del sentimento di fiducia interpersonale

(Huges & Baylin, 2012). Per i genitori affidatari, e/o adottivi, comprendere e riconoscere le reazioni del bambino e promuovere delle esperienze interpersonali affettive regolative, rappresentano la base per lo sviluppo di nuovi pattern di attaccamento (Steele *et al.*, 2003).

Nella presa in carico del bambino e della famiglia, risulta fondamentale avere un piano di trattamento, sensibile sia ai processi di regolazione affettiva primaria, strettamente connessa alle memorie implicite associate alle precoci esperienze affettive, sia alla regolazione affettiva secondaria, attraverso lo sviluppo delle competenze riflessive e metacognitive dei genitori (Hill & Schore, 2015).

La Theraplay e la psicoterapia diadica evolutiva offrono, al riguardo, due modalità estremamente complementari che possono favorire la presa in carico del bambino e della famiglia adottiva.

La Theraplay

La Theraplay è una terapia diadica che coinvolge genitori o caregiver e bambini di età compresa tra i 2 e i 12 anni, e ha degli adattamenti per gli adolescenti (Lender, Booth & Lindaman, 2012). I bambini con una varietà di difficoltà sociali, emotive e comportamentali beneficiano della Theraplay, compresi quelli con comportamento ritirato o depresso, comportamento iperattivo-aggressivo, scatti d'ira, fobie e di difficoltà a socializzare e fare amicizia (Wettig, Coleman & Gleder, 2011; Siu, 2009), e che hanno sperimentato significativi traumi relazionali precoci (Jernberg, 1979; Booth & Jernberg, 2010; Booth & Lindman, 2000).

L'obiettivo della Theraplay è quello di creare una buona connessione fra genitore e bambino: si tratta di un metodo interattivo e relazionale, che supporta la capacità innata degli esseri umani di interagire socialmente fra loro. Poiché la Theraplay si focalizza sull'interazione, le sedute di gioco sono sempre videoregistrate, così da consentire, al terapeuta, di poterle usare per la seduta di video feedback con i genitori. I genitori sono coinvolti nelle sedute di gioco col bambino e con il terapeuta. È l'adulto che guida l'interazione, considerando che un genitore, sufficientemente buono, è colui che ha in carico la salute, la sicurezza del bambino, e si prende cura dei suoi bisogni emotivi. Alle prime sessioni, il terapeuta guida la seduta a sostegno del genitore, per lasciare successivamente al genitore la guida dell'interazione col bambino. Il terapeuta con i genitori coinvolge il bambino a partecipare a una serie di attività basate sul gioco, la cui scelta e organizzazione durante la seduta è stabilita a priori dal terapeuta e, eventualmente, riconsiderata in base

al momento durante lo svolgimento della sessione. Il trattamento è rivolto a far vivere al bambino e al genitore un'esperienza basata sul qui e ora, per cui non si discute durante la seduta di esperienze passate. Se il bambino fa fatica a seguire la guida dell'adulto, il terapeuta rimane a guida dell'interazione e attraverso modalità sensibili al bambino, lo orienterà verso il gioco nuovo o rivisto, riparando la perdita di sintonia e coinvolgendolo positivamente. L'esperienza è di buon coinvolgimento, arricchita dalla scelta di attività di gioco pensate in base a 4 dimensioni considerate fondamentali nelle capacità di accudimento del genitore, volte alla creazione di un attaccamento sicuro nella relazione col bambino (Norris & Lender, 2020). Le 4 dimensioni sono: la struttura, il coinvolgimento, la cura, la sfida.

La *struttura* è la prima dimensione, questa rientra nella capacità del genitore di essere una buona guida per il bambino. Il bambino che non sente una figura di riferimento valida tende a sostituirsi al genitore, o ad assumere comportamenti dirompenti e attivanti per riorientare l'attenzione sulla relazione. Una buona struttura fa sì che il bambino non debba sentire di dover prendersi il carico della relazione e dover essere in allerta verso possibili pericoli legati all'assenza o all'imprevedibilità della disponibilità emotiva del genitore. Il terapeuta rimane stabile nel suo modo di porsi a guida dell'interazione e, attraverso le attività con cui accompagna il genitore e il bambino a interagire, aumenta la loro possibilità di vivere un più alto numero di esperienze intersoggettive ottimali. Immaginiamo durante una delle attività della seduta basata sul "Fare canestro con dei batuffoli di cotone" nel quale il bambino deve fare canestro nelle braccia del terapeuta. Se il bambino lancia via il batuffolo appositamente oltre il terapeuta nel tentativo di prendere la guida dell'interazione, il terapeuta potrà modificare la struttura del gioco. Il terapeuta potrà, ad esempio, modificare la posizione dallo stare seduti in modo frontale (situazione potenzialmente troppo stimolante dato il contatto visivo), al sedersi uno di fianco all'altro. Il terapeuta potrà, inoltre, accogliere il lancio lungo del bambino come segno della possibilità di alzare il livello di sfida e, quindi, di spostare il canestro più lontano. L'idea è che oltre a non entrare in una posizione di correzione del comportamento del bambino, rischiando di entrare in simmetria con lo stesso, si scelga un gioco "cooperativo", attività nella quale il terapeuta rimane a guida dell'interazione dando struttura, per esempio verbalmente dicendo al bambino "uno due tre tira". Il bambino potrà fare esperienza di affidarsi alle indicazioni dell'adulto. Più che spiegare verbalmente le regole, l'adulto porta le regole dentro il dominio esperienziale nel quale lui si muove e interagisce col bambino riparando le perdite di sintonia in modo armonico senza interrompere l'attività del gioco per dare spiegazioni. In questo modo il terapeuta non solo mantiene la struttura ma sostiene il

coinvolgimento partecipativo del bambino all'interazione. La dimensione del *coinvolgimento* è sicuramente una dimensione fondamentale che riguarda la capacità del genitore di sintonizzarsi e di rispondere in modo empatico e riflessivo ai bisogni del bambino. La sua capacità di rispondere ai bisogni del bambino e di co-regolare lo stato affettivo, porta il bambino a vivere un'esperienza di calma, presenza e disponibilità intersoggettiva. Per poter riuscire a fare questo il genitore ha bisogno di poter riflettere sulla sua personale esperienza di attaccamento e sulla sua relazione col bambino. In linea teorica, la capacità di mentalizzare permette al genitore di avanzare interpretazioni sugli stati interni del bambino (Meins *et al.*, 2001; 2012). Tuttavia, questa capacità non garantisce di per sé che il genitore si renda conto dell'impatto del suo comportamento sul bambino promuovendo un attaccamento sicuro. Ciò che il genitore verbalizza potrebbe non essere coerente con il comportamento messo in atto. Diventa quindi essenziale considerare quella che Shaia e Belsky (2017) definiscono una mentalizzazione genitorialità incarnata, ossia un processo parentale che consideri il ruolo del comportamento interattivo non verbale, basato sugli scambi corporei tra l'adulto e il bambino (contatto fisico, tocco interpersonale ecc.). La Theraplay è orientata a far fare un'esperienza di regolazione primaria degli affetti, usando le vie della comunicazione emotiva non-verbale, in quanto come negli scambi interattivi, l'intercorporeità tra il genitore e il bambino viene sempre prima di altre modalità inter-soggettive. La dimensione della *cura* passa attraverso questa via, in cui il bambino viene toccato gentilmente, incontrato in uno sguardo accogliente e curato e tranquillizzato. La comunicazione coinvolge il contatto visivo, il tatto, il ritmo, e la modulazione dell'intensità da momenti di maggior calma o di più intensa stimolazione, una comunicazione tra cervelli destri (Moore & Yamamoto, 1989; Schore, 2019). I bambini con traumi nello sviluppo non hanno esperienze di buona regolazione affettiva ma spesso il livello di risposta ai loro bisogni non è stato appropriato in termini di sensibilità (livello di stimolazione troppo o poco intenso e frequente), e si manifesta attraverso difficoltà regolative di base del neurosviluppo (Perry, 2006). La Theraplay è multisensoriale, il terapeuta e il genitore coinvolgono il bambino in un'esperienza fisica total-body. Il tatto viene usato insieme alla voce e alla vista per aumentare il senso di connessione e presenza di sé e di sé con l'altro, e di coerenza nella comunicazione affettiva e cognitiva. La Theraplay è giocosa, questo è di fondamentale importanza, per far vivere al bambino delle esperienze di piacere condivise. Un adattamento importante per i bambini con traumi dello sviluppo, è la regolazione della distanza interpersonale, e il rispetto dello spazio peripersonale percepito come "In-out", con difficoltà nella modulazione graduale in risposta all'avvicinamento fisico dell'altro (Rabellino,

2020). In seduta per esempio, nella fase iniziale del “check in”, il bambino è seduto su di un cuscino in terra con a fianco il genitore, e noi siamo seduti davanti a loro. In questa fase iniziale della seduta si accoglie il bambino dicensi: “Cosa mi hai portato oggi?”. Quello che mi hai portato oggi sei tu! Le attività di apertura prevedono spesso un contatto fisico o visivo: ed esempio si osservano e descrivono in modo valorizzante tratti del viso o il colore degli occhi del bambino. Tuttavia se il bambino entra in allerta per l’eccessiva prossimità, il terapeuta sarà pronto a spostare l’attenzione su parti del corpo meno attivanti (es. mani e piedi, ovvero parti lontane dal tronco e dal volto). Per esempio potrà esclamare: “Hai portato due piedini! Eccoli: uno e due!”. Per gli adolescenti questo momento di accoglienza potrà avvenire attraverso commenti relativi al look, per esempio il terapeuta potrebbe osservare le scarpe che il ragazzo indossa e commentarle in modo entusiasta: “Ma queste scarpe da tennis bianche sono stupende!”. La modulazione della dimensione di coinvolgimento avviene al fine di mantenere l’esperienza emotiva del bambino sufficientemente dentro la finestra di tolleranza (Siegel, 1999). La scelta delle attività, durante la sessione, insegnano al bambino a regolarsi, proprio perché lo fanno transitare da attività di intensità fisiologicamente ed emotivamente differente. Per questo motivo, la Theraplay viene considerata l’applicazione clinica nel gioco della teoria polivagale (Lindaman & Mäkelä, 2018). Un’attività che spesso riscontra molto successo con i bambini adottati è quella di fare il calco delle forme del corpo con la carta stagnola. Il terapeuta modella la carta stagnola su varie parti del corpo del bambino, per esempio sul gomito mentre il genitore non guarda e chiede poi al genitore di riconoscere di quale parte del corpo del suo bambino si tratta. Per i bambini, e specialmente per quelli adottati, sentirsi visti e riconosciuti è un’esperienza altamente significativa. Lo stupore e la gioia che provano quando il genitore si mostra capace di riconoscerli nella loro dimensione corporea sono molto intense. Sperimentare che mamma e papà hanno in mente come sono fatti, diviene la prova tangibile dell’essere presente nella loro mente.

Ogni attività mantiene un profilo giocoso, e vuole far vivere al bambino e al genitore un’esperienza condivisa di buon coinvolgimento e piacevolezza.

I bambini con attaccamento insicuro non conoscono il piacere come esperienza interpersonale vitale (Stern, 2005). I bambini evitanti usano il gioco come elemento distrattore e di chiusura volto all’evitamento della relazione ai fini di non perturbare il genitore. In loro l’espressione della felicità è coperta da una falsa cognitività che esprime un “tutto bene”. I bambini preoccupati, vivono lo stato di relazione sempre teso, si sforzano di tenere il genitore legato a sé, o in modo tirannico o mostrandosi fintamente incapaci (Crittenden, 2008). Nei bambini con vissuti di paura nella relazione coi genitori, più alto

è il livello di pericolo esperito, più essi si ritrovano a vivere delle condizioni di allerta e di reazione alla minaccia che non lasciano spazio alla calma (Porges, 2021). Solo nell'attaccamento sicuro il bambino può conoscere il piacere come esperienza interpersonale condivisa, piacere che si ha nel sentirsi conosciuti e nel conoscere l'altro. Sentirsi speciali, unici, amabili ed esplorare insieme le proprie sensibilità, unicità, attraverso la risposta ai nostri bisogni, all'ascolto dei nostri desideri, in un processo a feedback. L'ultima dimensione è quella della *sfida* che riguarda la capacità del genitore di sostenere il bambino a fare qualcosa per lui sfidante. Il concetto di zona di sviluppo prossimale (Vygotskij, 1990) riesce a spiegare bene il senso del supporto del genitore, solo quando è necessario. La sfida non è mai intesa come dinamica di competizione fra genitore e bambino, ma altresì come esperienza di cooperazione nella quale si raggiunge l'obiettivo attraverso la partecipazione congiunta del genitore e del bambino, ognuno per il suo grado di sviluppo e ruolo.

La psicoterapia diadica dello sviluppo (DDP)

La psicoterapia diadica dello sviluppo (DDP) è un modello di terapia sviluppato da Dan Hughes che permette ai bambini, che hanno subito un trauma relazionale, di beneficiare di nuove esperienze relazionali riparative. Il suo approccio è coerente con la neurobiologia interpersonale (Hughes & Baylin, 2012) e con i principi di base del trattamento efficace del trauma complesso (Cook *et al.*, 2005), focalizzati su sei dimensioni principali «la sicurezza, l'autoregolazione, l'elaborazione auto-riflessiva delle informazioni, l'integrazione dell'esperienza traumatica, l'impegno relazionale e il miglioramento dell'affetto positivo» (Cook *et al.*, 2005, p. 395). La psicoterapia diadica evolutiva offre una modalità di trattamento che permette ai genitori di entrare in connessione coi bambini considerando sia la valenza affettiva della comunicazione, sia quella riflessiva. Nel caso di una comunicazione sull'adozione il terapeuta può permettere di far fare esperienza di sicurezza alla diade genitore e bambino, e di mantenere un'apertura delle conversazioni familiari riguardanti il passato del bambino e anche sul grado di divulgazione sociale sull'adozione da parte della famiglia (Farr, 2014; Barbosa-Ducharme *et al.*, 2015). La comunicazione sull'adozione è un processo di interazione familiare che è più del semplice scambio di informazioni (Brodzinsky, 2011). I bambini, spesso, hanno costruito delle credenze patogene su se stessi e si sentono responsabili delle cause del loro abbandono. I genitori, spesso, si trovano a vivere la loro relazione col bambino, come un nuovo punto d'inizio nella sua storia di vita, il momento in cui si ricomincia

“bene”: vogliono crescere il bambino nel migliore dei modi, sperando che dimentichi o non rimanga danneggiato dalle esperienze relazionali precoci della sua vita. A questo desiderio si associa anche il timore di parlare delle esperienze passate e si cerca di creare una linea di demarcazione fra il prima e il dopo. La frattura fra la vita traumatica e quella normale diventa, però, componente del trauma stesso (Brodzinsky, 1990; 2006). Un rischio molto alto, per i genitori adottivi, è quello di sperimentare una grande difficoltà nel quotidiano, nell’entrare in connessione col bambino e nel riparare perdite di sintonia. Spesso, anche a seguito di conflitti, aumenta il senso di distanza percepito, che ostacola la formazione del legame sicuro di attaccamento. In queste situazioni ci si ritrova a discutere sui fatti accaduti, momenti nei quali il genitore tende a portare l’attenzione alle azioni, ai comportamenti del bambino, piuttosto che ai suoi stati emotivi e alle intenzioni sottostanti non facilmente leggibili. Il genitore può far fatica a generare delle ipotesi sensibili alla difficoltà emotiva sperimentata dal bambino, può sentire di non aver la capacità di tollerare la crisi, generata dai comportamenti non attesi, e di non riuscire a riflettere sulle motivazioni dietro questi (Meins, 2012). Per riportare il genitore a un coinvolgimento basato sulla cura sensibile alle richieste di attaccamento del bambino anche quando “nascoste”, è fondamentale che il terapeuta sostenga il genitore a non reagire, e che la relazione rimanga sicura, perché facilita la regolazione del minore e il funzionamento interpersonale (Tronick, 2005, p. 225). Il terapeuta è a supporto di una esperienza relazionale, nella quale il genitore possa sentirsi sostenuto e, grazie a questo, rimanere riflessivo durante l’interazione col bambino (Meins, 2001). Le capacità di accudimento, inoltre, vengono rilette secondo il modello penta-sistemico (Hughes & Baylin, 2011), che rivolge l’attenzione alle modalità:

1. di ricerca di avvicinamento e prossimità del genitore verso il bambino;
2. sul sistema di ricompensa data dal piacere come esperienza intersoggettiva;
3. sulla capacità del genitore di decodificare i comportamenti del bambino;
4. di attribuire senso e significato all’esperienza;
5. di sapere esecutivamente agire in modo adeguato.

Se il funzionamento ottimale di questi sistemi permette ai genitori di supportare lo sviluppo sano del bambino, un blocco nelle capacità di cura, che può riguardare specificatamente uno di questi sistemi e più insieme, può invece influire negativamente. Il genitore deve poter acquisire la consapevolezza del suo ruolo e partecipazione nella riparazione a seguito di rotture della sintonizzazione, mantenendosi emotivamente disponibile, aperto e

coinvolto. Il modello PACE (l'acronimo PACE sta per Giocoso, Accettante, Curioso, Empatico) (Becker-Weidman & Hughes, 2008; Hughes, 2007.) al riguardo sottolinea le caratteristiche conversazionali e le disposizioni interpersonali che veicolano la possibilità di entrare in connessione. Questo modello conversazionale, innanzitutto, è un modello affettivo di comunicazione interpersonale, nel quale viene data estrema importanza alla regolazione dell'affetto primario e alla via della comunicazione percettiva e implicita, insieme a una comunicazione riflessiva. Un esempio di un intervento possibile del terapeuta di fronte a un momento di difficoltà del minore, in seduta col genitore, può essere, con tono di voce, calmo e accogliente: "Grazie per farmi vedere che non stai bene, capisco quanto deve essere difficile per te, mi chiedo che cosa ti preoccupi...".

La "*playfulness*", in questo processo, ha un ruolo centrale. Questa è una variabile delle differenze individuali, che permette alle persone di inquadrare, o di riformulare le situazioni quotidiane in modo tale da sperimentare come piacevoli, intellettualmente stimolanti, personalmente interessanti. Il genitore che riesce a mantenere uno stato della mente giocoso, riesce a interagire in modo equilibrato con il bambino, anche e, soprattutto, in situazioni difficili: riesce a risolvere la tensione, rimane emotivamente disponibile e interessato ad accogliere il bambino. Il beneficio è dato dalla capacità del genitore di rivolgersi al bambino senza identificarlo con le emozioni che mostra. Questo fa sì che il bambino viva un'esperienza nella quale lui non è ciò che sente o pensa, ma può trovare, nella relazione interpersonale, l'opportunità di conoscere quell'esperienza emotiva, capirne il senso, e transitare da uno stato emotivo a un altro insieme al supporto dell'adulto. L'affetto positivo, che si genera dal sentirsi compresi e sostenuti, stimola il sistema di gratificazione e le emozioni positive, come la manifestazione di gioia che possono contribuire al consolidamento della relazione come sicura e promuovere l'esplorazione.

Metodo

Nel percorso di transizione del minore alla sua adozione, e nel post-adozione, viene proposto alla famiglia un percorso di terapia familiare basato sulla Theraplay (Booth & Jenberg, 2010) e sulla Terapia diadica evolutiva (Huges *et al.*, 2019). L'intervento comincia con dei colloqui iniziali conoscitivi coi genitori e col minore. Essendo un percorso volto alla creazione di un legame affettivo, nei percorsi di adozione, a partire dalle primissime fasi, è comunque fondamentale costruire con i genitori "mappe condivise":

1. sui sistemi motivazionali interpersonali e, in particolare, sull'attaccamento;
2. sulla risposta del sistema nervoso al pericolo;
3. sul comprendere che le relazioni per svilupparsi hanno bisogno di pratica, essendo il nostro sistema nervoso esperienza dipendente;
4. sull'importanza della relazione d'attaccamento come esperienza riparativa nella regolazione degli affetti;
5. sulla capacità del genitore adottivo di essere consapevole della sua stessa storia affettiva per prendersi cura del bambino.

Dopo questa prima fase, la Theraplay si avvale di uno strumento per la valutazione della *relazione* genitore bambino, il Marschack Interaction Method (MIM) (Lindaman, Booth & Chambers, 2000). Questo strumento prevede 9 compiti di gioco videoregistrati, genitore bambino, basati su 4 dimensioni, la struttura, il coinvolgimento, la cura, la sfida. A seguito della codifica dell'interazione videoregistrata genitore bambino, lo psicoterapeuta incontra i genitori per una prima restituzione del MIM, e per una seduta di dimostrazione delle attività pensate. A questo punto si incomincia con le sedute di gioco, genitore bambino, e dopo un ciclo di tre sedute di Theraplay, il terapeuta incontra i genitori per una seduta di videofeedback, dedicata al promuovere gli aspetti riflessivi. Questi cicli si ripetono in base ai progressi e alle necessità del minore (Hong & Lindaman, 2020). L'intervento però prevede anche dei momenti di dialogo del genitore col minore, che possono avvenire, talvolta, o alla fine della seduta di Theraplay, o in sessioni che si stabiliscono sulla base della valutazione clinica, e quando il genitore informa lo psicoterapeuta (tendenzialmente prima della seduta) di esperienze difficili nelle quali è stato complicato recuperare la sintonia persa. In queste sessioni grazie all'approccio in linea con la psicoterapia diadica evolutiva, lo psicoterapeuta sostiene il recupero della loro connessione discutendo insieme gli eventi in questione (Weir *et al.*, 2013; Huges, 2007).

Risultati

Diverse agenzie che si concentrano sull'adozione e l'affidamento hanno scelto la Theraplay e la Terapia diadica evolutiva come modalità primaria di terapia sulla base di risultati di successo con casi complessi e complessi e difficili (Cort & Rowley, 2015; Munns, 2011; Miller *et al.*, 2010), anche apportando delle modifiche specifiche per il trattamento del trauma (Booth & Jernberg, 2010; Salo *et al.*, 2020). Il trattamento della Theraplay è stato usato con successo per facilitare l'inserimento dei bambini in famiglie affi-

datarie e adottive (Koller & Booth, 1997), con esperienze di situazioni familiari multiculturali (Lindaman, 1996). Inoltre i principi della Theraplay sono stati utilizzati come base per programmi educativi ed esperienziali rivolti ai genitori in fase di pre-adozione, per interventi all'arrivo del bambino nella nuova "casa" (Walton, 2007), e per il trattamento in gruppo delle famiglie (Lindaman & Lender, 2009). L'intervento basato sulla Theraplay facilita l'adattamento al nuovo contesto familiare, sia per i bambini che per gli adolescenti, e li aiuta nel passaggio dalla famiglia affidataria a quella adottiva (Fesperman & Lindaman, 1998); inoltre promuove una riduzione da parte dei bambini dei problemi internalizzanti ed esternalizzanti e un aumento della percezione dei genitori di sentirsi più competenti nel sostenere e comprendere i bisogni dei bambini (Makela & Vierikko, 2004). La Theraplay e la psicoterapia diadica evolutiva, condividono l'atteggiamento della *playfulness*, dell'accettazione, empatia, curiosità e disponibilità emotiva verso l'altro, nella possibilità di conoscersi ed entrare in una relazione affettiva. Il centro dell'interesse è, pertanto, la relazione genitore e bambino, la ricerca di connessione, con una particolare attenzione ai processi di regolazione affettiva primaria e secondaria, e la percezione di sicurezza. A seconda della storia di sviluppo e della sua valenza traumatica, il terapeuta organizza il trattamento psicoterapeutico in modo sensibile ai bisogni evolutivi e di sviluppo del bambino e ai possibili blocchi nelle capacità di accudimento del genitore.

Discussione

Il cammino di vita dei minori che verranno adottati, fin dalla nascita è caratterizzato da diverse fasi molto complicate. L'adozione è la parte di quel percorso che arriva solo dopo una serie di esperienze traumatiche per il bambino (Oliverio Ferraris, 2011), esperienze più o meno gravi in termini di trascuratezza e maltrattamento (Howe, 2001). Le esperienze avverse vissute all'interno della famiglia biologica, determinano un forte impatto negativo sull'organizzazione psicologica della persona e sul livello di integrazione delle funzioni corticali e sottocorticali del sistema nervoso in via di sviluppo (Perry, 2002). Lo spostamento del minore dalla situazione di pericolo non è sufficiente a restituirgli un senso di sicurezza interna (Baita, 2018). Il suo modo di fronteggiare la sofferenza e l'organizzazione dei suoi modelli operativi interni, rispetto alle esperienze di sé e di sé con l'altro, continuano a influenzarlo nel mondo e nelle successive relazioni interpersonali come miglior guida possibile. Il suo sistema nervoso rimane allertato su dove e quando arriverà il pericolo, e l'impulsività e la disregolazione affettiva, o

l'inibizione, fino alla chiusura in se stesso, sono fra le possibili reazioni alla minaccia percepita (Porges, 2004). I genitori adottivi, per quanto desiderino riparare le esperienze negative che il bambino ha vissuto, spesso si trovano in grande difficoltà nel vivere dei cicli interpersonali problematici (Farri Monaco & Peila Castellani, 2008). Ai genitori manca la consapevolezza e la conoscenza dei fattori interconnessi alla base della dinamica interpersonale col minore, e l'esperienza diretta col bambino, se differisce dalle loro aspettative, li può perturbare profondamente. Questo mette in evidenza l'importanza del supporto per le famiglie lungo tutto il percorso adottivo. In particolare i genitori adottivi vengono fortemente perturbati dall'esperienza diretta col minore, a seguito delle rotture relazionali e, della difficoltà sperimentata a entrare in connessione con lui (Tronick, 1978), perché nell'esperienza diretta, entrano in gioco i meccanismi di regolazione affettiva primaria su base implicita e tacita della conoscenza intersoggettiva (Hill & Schore, 2015). Inoltre, a seguito del fallimento delle capacità affettive regolative secondarie basate sulla mentalizzazione degli affetti, i genitori non riescono a dare senso e significato all'esperienza interpersonale mantenendosi riflessivi, ma si creano i presupposti per la formulazione di credenze negative su sé e sugli altri. I programmi di supporto pertanto devono tener conto non solo dello stato della mente del genitore e delle sue competenze riflessive (Fonagy & Target, 2001) ma anche della capacità del genitore di rimanere emotivamente disponibile durante le interazioni con il bambino, anche quando l'affetto del bambino è dis-regolato, per non reagire ma interagire con lui in modo sensibile e bilanciato. Per poter sperimentare un senso di connessione, la disposizione intersoggettiva e inter corporea (Montirosso, 2019) del genitore deve trasmettere sicurezza e fiducia e riportare il bambino dentro uno stato "ventro-vagale" del suo sistema nervoso (Porges, 2021).

Conclusioni

Se per noi terapeuti la relazione è lo strumento principale di lavoro, le nostre formazioni spesso ci portano a osservare l'altro dall'esterno. La Theraplay invece ci "insegna" a partecipare, a essere parte nel processo terapeutico. Ciò che genera un cambiamento profondo è l'esperienza di "noi insieme". I genitori questo lo sanno, la parte più difficile non è comprendere ma sentire e rimanere emotivamente disponibili verso il bambino. I terapeuti, a loro volta, sperimentano la difficoltà a creare le possibilità di far entrare in connessione genitore e bambino; questo non è qualcosa che si può insegnare in modo didattico, ma dobbiamo far fare esperienza attraverso di noi. Data

la complessità dei diversi livelli di intervento la formazione del terapeuta assume sempre più un ruolo determinante. La psicoterapia diventa così un'importante occasione per il genitore e per il bambino di esperienza intersoggettiva e inter-corporea. La costruzione delle basi affettive del legame, trovano, sia nell'approccio esperienziale della Theraplay, un primo vero punto di incontro per il genitore e il bambino, sia grazie alla terapia diadica evolutiva, coi dialoghi volti alla riparazione di momenti di crisi, il genitore e bambino riusciranno a costruire una buona narrazione condivisa di senso e significato delle loro esperienze affettive.

Bibliografia

- Barbosa-Ducharme M., Ferreira J., Soares J. & Barroso R. (2015). Parental perspectives on adoption communication within Portuguese adoptive families: Children/adolescents. *Family Science*, 6(1): 58-67. DOI: 10.1080/19424620.2015.1080994.
- Baita S. (2018). *Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia*. Milano: Mimesis.
- Becker-Weidman A. & Hughes D. (2008). Dyadic developmental psychotherapy: An evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child & Family Social Work*, 13(3): 329-337. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2008.00557.x.
- Booth P.B. & Jernberg A.M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. Jossey-Bass.
- Booth P.B. & Lindaman S. (2000). Theraplay for enhancing attachment in adopted children. In: Schaefer C.E. & Kaduson H.G. (eds.). *Short-term play therapy for children* (pp. 194-227). New York: Guilford Press.
- Brodzinsky D.M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In: Brodzinsky D.M. & Schechter M.D. (eds.). *The psychology of adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky D.M. (2006). Family structural openness and communication openness as predictors in the adjustment of adopted children. *Adopt Q.*, 9(4): 1-18. DOI: 10.1300/J145v09n04_01.
- Brodzinsky D.M. (2011). Children's understanding of adoption: developmental and clinical implications. *Prof Psychol Res Pract.*, 42(2): 200-207. DOI: 10.1037/a0022415.
- Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., DeRosa R., Hubbard R., Kagan R., Liataud J., Mallah K., Olafson E. & van der Kolk B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5): 390-398. DOI: 10.3928/00485713-20050501-05.
- Cort L. & Rowley E. (2015). A case study evaluation of a Theraplay intervention to support mothers and preschool children following domestic abuse. *Debate*, 156: 33-41.
- Crittenden P. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- D'Onofrio E., Pace C., Guerriero V., Zavattini G. & Santona A. (2013). Modelli di attaccamento nei bambini adottati in seconda infanzia e nelle loro madri adottive: un'esemplificazione clinica. *Funzione Gamma*, 30: 1-13.

- Farri Monaco M., Peila Castellani P. (2008). *Il figlio del desiderio. Le nuove frontiere dell'adozione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fesperman L. & Lindaman S.L. (1998). Theraplay Reaches Difficult to Engage Children in Foster Care. *Bulletin of Zero to Three: National Center for Infants, toddlers, and Families*, 19(3): 34-35.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hill D. & Schore A. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Co.
- Hong R. & Lindaman S. (2020). *Theraplay® – Theory, Applications and implementation*, Jessica Kingsley Publishers.
- Howe D. (2001). Age at placement adoption experience and adult adopt people's contact with their adoptive and birth mothers: an attachment prospective. *Attachment & Human Development*, 3(2): 222-237.
- Huges D.A. (2007). *Attachment-Focused Family Therapy*. New York: W.W. Norton & Co.
- Huges D.A., Baylin J. & Siegel D.J. (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York: W.W Norton & Co.
- Huges D.A., Golding K.S. & Hudson J. (2019). *Healing Relational Trauma With Attachment-Focused Interventions: Dyadic Developmental Psychotherapy with Children and Families*. New York: W.W. Norton & Co.
- Koller T.J. & Booth P. (1997). Fostering Attachment through family therapy. In: O'Connor K.J. & Braverman L.M. (eds.). *Play Therapy: Theory and Practice*. New York: Wiley.
- Lender D., Mroz J. & Rubin P. (2005). *Integrating Theraplay and Dyadic Developmental Psychotherapy*. Paper presented at the Second international Theraplay Conference, Chicago.
- Lender D., Booth P. & Lindaman S. (2012). The Theraplay treatment program: Description and implementation of an attachment-based play for children and caregivers. In: Rubin A. (ed.). *Programs and Interventions for maltreated children and families at risk*. New York: Wiley.
- Lindaman S. (1996). Theraplay for adopted Children. *Adoption Therapist*, 7(1): 5-8.
- Lindaman S.L., Booth P.B. & Chambers C.L. (2000). Assessing Parent Child Interactions with Marschack Interaction Method (MIM). In: Gitlin-Weiner K., Sandgrund A. & Schaefer C. (eds.). *Play Diagnosis and assessment*. Hobobken: Wiley.
- Lindaman S.L. & Lender D. (2009). Theraplay with Adopted Children. In: Munns E. (ed.). *Applications of family and group Theraplay*. New York: Jason Aronson.
- Lindaman S. & Mäkelä J. (2018). The polyvagal foundation of Theraplay treatment: Combining social engagement, play, and nurture to create safety, regulation, and resilience. In: Porges S. & Dana D. (eds.). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (pp. 227-247). New York: W.W. Norton.
- Makela J. & Vierikko I. (2004). *From Heart to Heart: Theraplay Research at SOS Children's Villages Finland*. Espoo: SOS Children Village association.
- Meins E., Fernyhough C., Fradley E. & Tuckey M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5): 637-648. DOI: 10.1111/1469-7610.00759.
- Meins E., Fernyhough C., De Rosnay M., Arnott B., Leekam S.R. & Turner M. (2012). Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and non-attuned

- mind-related comments independently predict infant-mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, 17(4): 393-415. DOI: 10.1111/inf.2012.17.issue-4.
- Miller J.M., Lender D., Rubin P.B. & Lindaman S. (2010). Theraplay for Children who are adopted or in foster care. In: Booth P.B. & Jernberg A.M. (eds.). *Theraplay, Helping parents and Children Build Better relationships through attachment-based play*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Montirosso R. (2019). Tra inter-soggettività e inter-corporeità: riflessioni sulle determinati internazionali dell'attaccamento. *Emporio dei pensieri*, testo disponibile sul sito: emporio-deipensieri.forumattivo.com/t3-c-tra-inter-soggettivita-e-inter-corporeita-riflessioni-sulle-determinati-interazionali-dellattaccamento-testo-di-rosario-montirosso#3.
- Moore C. & Yamamoto K. (1989). *Beyond words, movement observation and analysis: Instructor's guidebook*. New York: Routledge.
- Munns E. (2011). Theraplay: Attachment-enhancing play therapy. In: Schaefer C.E. (ed.). *Foundations of play therapy* (pp. 275-296). New York: Wiley.
- Norris V. & Lender D. (2020). *Theraplay: The practitioner's guide*. London (UK), Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers.
- Jernberg A. (1979). *Theraplay*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Oliverio Ferraris A. (2011). *Il cammino dell'adozione*. Milano: BUR.
- Perry B. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1): 79-100.
- Perry B. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children; The Neurosequential Model of Therapeutics. In: Webb N.B. (ed.). *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (pp. 27-52). New York: Guilford.
- Porges S. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three (J)*, 24(5): 19-24.
- Porges S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Porges S.W. (2021). *Polyvagal Safety: Attachment, Communication, Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Rabellino D., Frewen P.A., McKinnon M.C. & Lanius R.A. (2020). Peripersonal Space and Bodily Self-Consciousness: Implications for Psychological Trauma-Related Disorders. *Front Neurosci.*, 14: 586605. DOI: 10.3389/fnins.2020.586605.
- Salo S., Flykt M., Mäkelä J., Lassenius-Panula L., Korja R., Lindaman S. & Punamäki R. (2020). The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: A pilot study. *International Journal of Play*, 9(3): 331-352. DOI: 10.1080/21594937.2020.1806500.
- Shai D. & Belsky J. (2017). Parental embodied mentalizing: how the nonverbal dance between parents and infants predicts children's socio-emotional functioning. *Attachment & Human Development*, 19(2): 191-219, DOI: 10.1080/14616734.2016.1255653.
- Schore Allan N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology.
- Siegel D.J. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siu A.F.Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, 18(1): 1-12. DOI: 10.1037/a0013979.

- Stern D. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Hillman S. & Henderson K. (2003). Attachment representations and adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29: 187-205.
- Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S. & Brazelton T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 17: 1-13. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)62273-1.
- Tronick E.Z. (2005). Il processo di sviluppo normale e la formazione di stati affettivi. *Infanzia e adolescenza*, 4(1): 1-8.
- Vygotskij L. (1990). *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*, a cura di L. Mecacci. Roma-Bari: Laterza.
- Walton L. (2007). *Theraplay as an International Intervention; Training Theraplay Tutors in Botswana, Africa*. Presentation at the 3rd Annual International Theraplay Conference, Chicago.
- Weir K.N., Lee S., Canosa P., Rodrigues N., McWilliams M. & Parker L. (2013). Whole Family Theraplay: Integrating Family Systems Theory and Theraplay to Treat Adoptive Families. *Adoption Quarterly*, 16(3-4): 175-200. DOI: 10.1080/10926755.2013.844216.
- Wettig H.G., Coleman A.R., Geider F.J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1): 26-37. DOI: 10.1037/a0022666.